

GE_GERICHTE A/1704/2008 vom 28. Oktober 2008

GE Cour de justice, 2008-10-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1704_2008

FR: GE_GERICHTE A/1704/2008 du 28 octobre 2008

IT: GE_GERICHTE A/1704/2008 del 28 ottobre 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 28.10.2008
A/1704/2008

A/1704/2008 ATAS/1207/2008 du 28.10.2008 (AI) , ADMIS En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1704/2008
ATAS/1207/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES
SOCIALES Chambre 1 du 28 octobre 2008 En la cause Madame T _____, domiciliée
à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Nils DE DARDEL
recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de
Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame T _____ (ci-après la recourante),
suisse, née en 1951, a fait une demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de
l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI ou l'intimé)
en date du 6 avril 2005, sollicitant l'octroi d'une rente. Employée en qualité de conseillère
en personnel depuis le 1 er juin 1995 auprès du Département de l'économie, de l'emploi et
des affaires extérieures (nouvellement le Département de la solidarité et de l'emploi), la
recourante a été en arrêt de travail à 100% du 15 décembre 2003 au 5 mars 2004, à 50% du
8 mars au 5 avril 2004, suite à quoi elle a définitivement cessé son activité en raison d'une
dépression. Par rapport du 16 décembre 2003, le Dr A _____, spécialiste FMH en
cardiologie, a constaté un état de surmenage, un état d'épuisement majeur ainsi qu'un état
dépressivo-anxieux réactionnel. Il a proposé un arrêt de travail pour une durée indéterminée
et a fixé une reprise probable du travail au début du mois de janvier 2004. Par rapport du 18
avril 2005 destiné à l'OCAI, le médecin susvisé a indiqué que suite à des conflits de travail
répétés et à un état dépressivo-anxieux sévère avec épuisement, la recourante avait dû
arrêter de travailler au mois de décembre 2003. Elle a repris le travail en mars 2004. Cette
reprise a toutefois été infructueuse et elle s'est trouvée depuis lors en incapacité de travail à
100%. Le 30 avril 2005, le Dr B _____, spécialiste FMH en psychiatrie et
psychothérapie, a posé le diagnostic de trouble dépressif et anxieux mixte (F 41.2), existant
depuis 2003. Il a effectué une anamnèse personnelle, professionnelle et psychiatrique et
constaté une humeur profondément triste et mélancolique, une asthénie, une anhédonie, une
apathie, une fatigue jusqu'à l'épuisement, une perte de plaisir, des motivations, des intérêts
et de toute énergie. Il a également décrit chez la recourante des sentiments de culpabilité, de
ruine, de découragement et de désespoir par rapport à ce qu'elle a vécu dans son service
mais également dans toute sa vie. Il existait une anxiété généralisée sous forme "flottante"
et un sentiment permanent de nervosité, de tension musculaire, d'étourdissement, de
transpiration et de sensation de "tête vide". L'anxiété de la recourante était, selon lui, en
rapport avec un facteur de stress chronique et son évolution tendait vers la chronicité.
Durant l'examen, la recourante a pleuré sans pouvoir se retenir. Le médecin a constaté une
incapacité de travail de 100% depuis le 11 avril 2004 pour une durée indéterminée et estimé
que l'état de santé ne s'améliorait que très moyennement. Il a exclu un retour à son poste

actuel, ce dont l'employeur a été informé. Un changement de service avait été envisagé. Le 18 octobre 2006, le Dr A _____ a souligné que malgré un suivi régulier de la recourante tant par lui-même que par le Dr B _____, l'état dépressivo-anxieux sévère avec état d'épuisement de celle-ci persistait et prenait un caractère invalidant. Suite à la décision du Service médical régional AI (ci-après SMR) de procéder à une expertise psychiatrique, le Dr C _____, spécialiste FMH en psychiatrie, a reçu la recourante en date du 24 octobre 2006 et établi un rapport daté du 15 novembre 2006. L'expert a posé le diagnostic de trouble anxieux dépressif mixte réactionnel à une situation stressante au travail (F 41.2), diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Il a également retenu une tentative de suicide médicamenteuse grave durant l'année 1985 (Z 91.5). Il a procédé à une anamnèse familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique. L'expert a exposé que c'est à partir de 2000, et en particulier à partir de 2002, que la recourante a commencé à sentir une surcharge professionnelle dans un environnement professionnel conflictuel. Les 25 conseillers en personnel de l'Office cantonal de l'emploi avaient déposé une pétition, sollicitant l'augmentation du nombre de conseillers. Cette pétition ayant été refusée par l'employeur, la recourante, consciente d'arriver à ses limites, avait essayé de trouver un nouvel emploi, sans succès. "Elle développe le sentiment que la Direction ne donne pas assez de moyens pour résoudre la tâche". La recourante a décrit à l'expert sa motivation pour aider les clients de l'Office de l'emploi, ce qu'elle avait encore fait après avoir été en arrêt de travail. Il existait une humeur triste chez la recourante, surtout présente dans le cadre de crises de pleurs liées à son sentiment d'échec dans son travail, crises durant lesquelles elle perdait la capacité d'éprouver du plaisir à l'occasion d'activités habituellement agréables. L'expert a d'ailleurs rapporté que la recourante était en larmes durant presque tout l'examen. L'expert a constaté qu'il se trouvait en face d'une assurée présentant depuis son enfance une vulnérabilité certaine, mais qui, le plus souvent, a su faire face aux exigences de sa vie, y compris aux situations difficiles. Le trouble dépressivo-anxieux dont elle souffrait était un état réactionnel de moindre gravité, attendu que les symptômes ne survenaient que lorsqu'elle se rappelait la situation conflictuelle et son insuffisance au travail. En revanche, son état serait, selon lui, étroitement lié à son travail qu'elle a surinvesti émotionnellement et dans le cadre duquel elle n'a plus été capable de se délimiter émotionnellement des clients en détresse. Il a déterminé qu'il existerait des limitations fonctionnelles chez la recourante, soit une hyperémotivité accrue avec des crises de pleurs fréquentes et durant plus d'une heure, au moins une fois par jour, dans des situations où elle serait en contact avec des clients en détresse. Il a ainsi estimé que ces limitations, existant encore trois ans après l'arrêt de travail, seraient incapacitantes de façon durable pour l'exercice de l'activité habituelle, mais que la capacité de travail serait de 100% dans une activité adaptée, soit une activité dans laquelle elle ne devrait pas entamer de relations professionnelles avec des clients en détresse. Cette entière capacité de travail existerait depuis le 6 avril 2004. Par avis du 7 décembre 2006, la Dresse D _____, médecin du SMR, a pris acte des conclusions de ce rapport d'expertise. Le 15 février 2007 a été ouvert un mandat de réadaptation professionnelle. La gestionnaire et réadaptatrice a, dans sa note du 19 mars 2007, indiqué que lors de l'entretien avec la recourante, celle-ci avait énormément pleuré tout en s'excusant d'être dans cet état. La recourante a estimé, dans son état de santé actuel (fatigue, troubles du sommeil, de l'appétit, perte des intérêts, retrait social et difficulté à assumer le quotidien), être inapte à reprendre une quelconque activité. La réadaptatrice a conclu que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et qu'il y avait lieu de déterminer le degré d'invalidité. Dans ses observations du même jour au SMR,

la réadaptatrice a indiqué que la recourante était très déprimée lors de leur entretien, incapable de se projeter dans un avenir professionnel et doutait de l'exigibilité d'une capacité de travail de 100%. Le 17 avril 2007 a été rendu le rapport de réadaptation professionnelle. Le service de réadaptation a déterminé le degré d'invalidité de la recourante. Il s'est basé sur une capacité de travail de 100%, sur un revenu sans invalidité de 91'535 fr. par an et avec invalidité de 48'672.- par an et a admis un abattement supplémentaire de 15%. Il a ainsi conclu à un degré d'invalidité de 55%. Le service a par ailleurs considéré que la recourante était inapte à entreprendre une quelconque mesure professionnelle. En date du 19 avril 2007, l'OCAI a transmis à la recourante un projet de décision aux termes duquel il reconnaissait à la recourante un droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2004, prenant en considération une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. L'intimé a refusé l'octroi de mesures professionnelles sur la base du rapport du service de réadaptation professionnelle du 17 avril 2007. Par courrier du 15 mai 2007, la recourante a fait opposition au projet susvisé et a sollicité qu'une rente entière d'invalidité lui soit versée, considérant être en totale incapacité de travailler. Elle a contesté le fait que son incapacité de travail soit uniquement provoquée par une activité la mettant en relation avec des personnes en détresse et a soutenu que la détérioration de son état de santé était due à une surcharge de travail et à une modification du fonctionnement du service dans lequel elle travaillait. Elle a également estimé que le médecin du SMR ne tenait pas suffisamment compte du fait qu'elle avait déjà eu par le passé des problèmes de santé psychique. D'avril 2005 à mai 2007, son état de santé ne s'était pas amélioré, de sorte qu'il y avait lieu d'admettre la chronicité de cet état de santé. Un rapport du Dr B_____ du 14 mai 2007 a été joint à son opposition. Ce dernier a rappelé les circonstances de l'arrêt de travail de la recourante ainsi que le tableau clinique déjà exposé dans son précédent rapport du 30 avril 2005. Le médecin du Conseil d'Etat, qui l'avait également examinée, avait confirmé le diagnostic retenu, la gravité de la maladie ainsi que le fait que la recourante ne pourrait plus jamais revenir à son poste habituel. Le Dr B_____ a remarqué que malgré le traitement scrupuleusement suivi et appliqué par la recourante, aucune amélioration de son état de santé n'était survenue. Les traits de personnalité obsessionnels constatés comportaient, selon lui, une "scrupulosité", une méticulosité et un souci excessif de la productivité aux dépens de son propre plaisir et des relations interpersonnelles. Une tendance au doute était remarquée. Il a expliqué que la chronicité de l'atteinte à la santé provenait des nombreux conflits dans sa vie antérieure, de l'épuisement auquel elle était parvenue ainsi que de la peur du futur, qu'elle considérait comme effrayant. Il n'était toutefois pas erroné, d'après lui, d'avoir voulu envisager une issue plus optimiste de son état de santé. Enfin, rappelant que le service de réadaptation professionnelle n'avait pas envisagé des mesures professionnelles en raison de l'état de santé de la recourante, le Dr B_____ a conclu qu'elle présentait des troubles fondamentaux justifiant une incapacité de "gain" de 100%. Sa capacité de travail était ainsi nulle tant dans son emploi actuel que dans un autre emploi, que ce soit avec ou sans clients en détresse. Par avis du 27 août 2007, le Dr E_____, médecin conseil du SMR, a confirmé les conclusions du rapport SMR du 7 décembre 2006, qui reprenaient celles de l'expertise psychiatrique. Il a indiqué que la recourante était déjà décrite de manière identique par l'expert psychiatre du SMR, notamment en ce qui concerne ses pleurs. Toutefois, le médecin traitant et l'expert du SMR appréciaient différemment ce même état de fait. D'après le Dr E_____, le médecin traitant serait empathique, interprétant les pleurs de la recourante comme faisant partie d'un trouble dépressif totalement invalidant alors que d'un

point de vue objectif, ces troubles anxieux dépressifs mixtes réactionnels à une situation stressante au travail n'entraîneraient qu'une incapacité de travail de 50% jusqu'au 5 avril 2004. Le médecin du SMR a ainsi conclu que le rapport du 14 mai 2007 du médecin traitant n'apportait rien de nouveau, de sorte que le SMR maintenait son appréciation antérieure. Par décision du 15 avril 2008, l'OCAI a confirmé l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} décembre 2004 et le refus de la prise en charge de mesures professionnelles. L'intimé a considéré, d'une part, qu'elle avait une capacité de travail de 100% dans une activité professionnelle sans contact avec des clients en situation difficile et que, d'autre part, selon le service de réadaptation, elle n'avait aucune motivation à entreprendre des mesures professionnelles. Par acte du 15 mai 2008, la recourante a interjeté recours par devant le Tribunal de céans à l'encontre de la décision du 15 avril 2008, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ainsi qu'au versement des dépens. Elle se plaint en substance d'une mauvaise appréciation des faits. En effet, elle soutient notamment que l'OCAI n'aurait pas pris en considération la chronicité de son état de santé, qu'il était donc inexact de prétendre qu'elle puisse encore exercer une activité sans contact avec des personnes en détresse, attendu qu'elle était incapable d'être confrontée à autrui dans un cadre professionnel sans s'effondrer en larmes. Elle a également rappelé que la Caisse de prévoyance du personnel enseignant de l'instruction publique et des fonctionnaires de l'administration du Canton de Genève (ci-après CIA) lui versait une rente provisoire d'invalidité à 100%. Dans sa réponse du 13 juin 2008, l'intimé a conclu au rejet du recours, considérant que la recourante ne faisait pas valoir d'arguments permettant de faire une appréciation différente du cas. La réponse a, en date du 26 juin 2008, été transmise à la recourante et la cause gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Le recours a été déposé dans les délais et forme légaux, de sorte qu'il est recevable (art. 56 à 61 LPGA). La question litigieuse est de savoir si c'est à bon droit que l'OCAI a, par décision du 15 avril 2008, octroyé une demi-rente d'invalidité à la recourante et non une rente entière. Il y aura lieu de déterminer la valeur probante des pièces médicales fondant la décision de l'OCAI. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA et 4 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité

le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). En ce qui concerne un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi

que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). En principe, l'administration (ou le juge en cas de recours) ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence du TFA, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou que d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert permettant une interprétation divergente des conclusions de ce dernier, ou au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). Enfin, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungs-rechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). En l'espèce, l'expert du SMR, le Dr C_____, pose le diagnostic, ayant des répercussions sur la capacité de travail de la recourante, de trouble anxieux dépressif mixte réactionnel à une situation stressante au travail (F 41.2). La tentative de suicide médicamenteuse grave en 1985 a, quant à elle, été retenue comme diagnostic n'ayant pas de répercussion sur sa capacité de travail. Cet expert constate, d'une part, qu'en décembre 2003, la recourante a été mise en arrêt de travail par ses médecins traitants en raison d'une dépression qui s'est déclenchée suite à une surcharge professionnelle importante et un environnement professionnel conflictuel et d'autre part, que la recourante a toujours été motivée pour aider les personnes en difficulté dans le cadre de son activité professionnelle à l'Office cantonal de l'emploi. La recourante est en pleurs durant la quasi-totalité de l'entretien. Ces crises quotidiennes de pleurs peuvent durer plus d'une heure, crises durant lesquelles elle perd la capacité d'éprouver du plaisir à l'occasion d'activités habituellement agréables. L'expert considère que le trouble dépressivo-anxieux dont souffre la recourante est un état réactionnel de moindre gravité, attendu que les symptômes ne surviennent que lorsqu'elle se rappelle la situation conflictuelle et son insuffisance au travail. Son état serait, selon lui, étroitement lié avec son travail, qu'elle a surinvesti émotionnellement et où elle n'a plus été capable de se délimiter émotionnellement des clients en détresse. Comme la recourante a toujours des crises de pleurs trois ans après son arrêt de travail, il conclut qu'il existe des limites fonctionnelles psychiatriques incapacitantes de façon durable pour l'exercice de l'activité actuelle, toutefois, la recourante aurait une capacité de travail de 100% dans une profession qui ne la mettrait pas en relation avec des clients se trouvant dans une situation de détresse. Le Tribunal de céans constate des contradictions dans le rapport d'expertise du SMR. En effet, l'expert remarque que la

recourante a arrêté de travailler en décembre 2003 en raison notamment de l'organisation déficiente du service et d'une surcharge importante de travail et qu'elle aime particulièrement s'occuper des personnes en détresse, ayant continué à le faire encore bien après le début de son arrêt de travail. On ne comprend ainsi pas pour quelle raison la recourante pourrait, selon lui, posséder une pleine capacité de travail dans une activité sans contact avec des personnes en difficulté, alors même qu'il apparaît que c'est précisément la raison pour laquelle elle aimait son travail. Il ne ressort d'ailleurs à aucun moment des constatations de l'expert que l'état de santé de la recourante serait la conséquence des pressions engendrées par le contact avec les personnes en difficulté. Cette contradiction entre les constatations de l'expert et ses conclusions, qui ne sont que très peu motivées, ne s'explique pas. Certes, il indique que la recourante n'arriverait plus à se délimiter émotionnellement de ses clients en détresse, ce qui l'amène à dire que les limitations fonctionnelles, soit les crises journalières de pleurs, ne lui permettraient plus d'exercer son activité habituelle. Toutefois, il s'agit manifestement d'une appréciation personnelle de la situation. Quant au Dr B_____, il constate, comme l'expert du SMR, que c'est bien suite à une surcharge de travail aggravée par un changement de direction et par le remplacement de trois collègues par la recourante, engendrant un état d'épuisement, que cette dernière a arrêté de travailler pour cause de dépression grave. Dans un premier temps, un transfert dans un autre service avait été sollicité, toutefois, cette possibilité avait dû être écartée par la suite, l'état de santé de la recourante n'allant pas en s'améliorant, mais en se chronicisant. En effet, au mois de mai 2007, il évoque toujours le même tableau clinique qu'en avril 2005, avec des pleurs qui surviennent toujours quotidiennement notamment en raison de son humeur dépressive et de son anxiété généralisée. Par ailleurs, le service de réadaptation professionnelle a confirmé que la recourante avait été mise en arrêt de travail à partir de décembre 2003 en raison d'une surcharge de travail et a constaté que la recourante était apparue très fragilisée lors de leur entretien, incapable de se projeter dans un avenir professionnel, de sorte qu'il avait été considéré qu'elle n'était pas apte à entreprendre des mesures professionnelles en raison de son état de santé. Tant le médecin traitant que le service de réadaptation arrivent à la même conclusion, soit que la recourante n'est pas capable de travailler en raison de son état de santé. Pour ce qui est du médecin-conseil de l'employeur de la recourante qui rejoindrait l'avis du Dr B_____ concernant son inaptitude à travailler en raison de son état de santé psychique, son avis n'est pas pertinent. En effet, les critères pour déterminer si des prestations provisoires d'invalidité sont versées par la CIA sont moins strictes que celles prises en considération dans le cadre d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité. (art. 31 Statuts de la CIA et art. 12 du Règlement général) Le Tribunal de céans constate que les médecins sont d'accord sur le fait que la recourante ne peut plus exercer son activité précédente. Toutefois, leurs appréciations divergent fondamentalement en ce qui concerne les conséquences de l'état de santé psychique sur la capacité de travail exigible dans le cadre d'une autre activité. Certes, l'avis du médecin traitant est à prendre avec une certaine retenue, attendu que selon la jurisprudence, il est enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient. (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Toutefois, l'avis cohérent du Dr B_____ fait clairement douter de la valeur probante du rapport d'expertise du SMR qui au demeurant comporte des contradictions et une motivation déficiente, de sorte qu'il est impossible d'en tirer des conclusions définitives dans le cas d'espèce. L'expert qualifie d'une part le trouble dont souffre la recourante d'état réactionnel de moindre gravité, mais d'autre part relève qu'elle a encore des crises de pleurs trois ans

après l'arrêt de travail. Il en conclut qu'elle est capable de travailler à 100%, mais seulement dans une profession dans laquelle elle ne serait pas en relation avec des clients en détresse. Aussi non seulement l'expert fournit-il une conclusion dont on ne comprend pas sur quels éléments elle est fondée, mais encore ne répond-il pas clairement à la question de savoir si la recourante présente un épisode dépressif transitoire ou un trouble affectif grave. Partant, une instruction complémentaire s'impose. En conséquence, il convient d'admettre le recours, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique, qui devra être rendue par un médecin psychiatre externe à l'OCAI, puis rende une nouvelle décision. Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Admet le recours. Annule la décision de l'intimé du 15 avril 2008. Renvoie la cause à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique au sens des considérants et rende une nouvelle décision. Condamne l'intimé à verser à la recourant la somme de 1'000 fr., à titre de participation à ses frais et dépens. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Marie-Louise QUELOZ La Présidente Doris WANGELER La secrétaire-juriste : Diane E. KAISER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.